



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

GESTOS E SINAIS NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Ana Sofia Feijão Monteiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Outubro de 2016



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

GESTOS E SINAIS NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Ana Sofia Feijão Monteiro
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Paulo Maurício

Outubro de 2016

“Extremos são de amor os que padeço,
Ó humano tesouro, ó doce glória;
E se cuido que acabo então começo.

Assim te trago sempre na memória;
Nem sei se vivo, ou morro, mas conheço,
Que ao fim da batalha é a vitória”
Luís de Camões

“Há tanta suavidade em nada dizer e tudo se entender”

Fernando Pessoa

Dedicatória

Aos meus pais e à minha avó, pelo apoio e amor incondicional.

Ao meu avô Daniel em especial. A sua luz e memória acompanhar-me-ão sempre.

Agradecimentos

Nada se consegue sozinho, por isso agradeço o apoio a todos os que acreditaram que era possível e que o tornaram possível.

Ao Professor Doutor Paulo Maurício, por toda a ajuda e atenção que prontamente me dedicou na concretização deste trabalho. Obrigada pela calma, pelo apoio e saberes transmitidos ao longo do meu percurso académico.

À Professora Doutora Maria do Rosário Dias e Mestre Paula Correia, por terem despertado em mim, o interesse por este tema.

Aos professores do Mestrado Integrado em Medicina Dentária que nos permitem adquirir as bases essenciais para o nosso crescimento científico e profissional e a todos os funcionários, em especial “as meninas/os da farmácia” que tornam os nossos dias mais fáceis e alegres. A todos os pacientes que confiam no nosso trabalho.

Aos meus pais Feliciano e José pelo amor, esforço, dedicação e compreensão. Obrigada por permitirem que este sonho se tornasse real.

Aos meus avós Marcelina e Daniel, por serem a minha força motriz.

Aos meus tios e madrinha, são peça fundamental na minha vida.

À minha prima-irmã Dina, pelo exemplo. Porque o caminho por mais tortuoso que seja, deve ser sempre encarado de frente. Obrigada por todo o apoio, força e encorajamento. Por tudo aquilo que fazes por mim.

Ao meu afilhado Tomás, contigo aprendo e aprenderei todos os dias.

Às minhas companheiras de caminhada. Amiga Bruna, a minha parceira indiscutível, seremos box 24 para sempre. Foi a pessoa com que passei mais tempo ao longo destes 5 anos, agradeço-lhe pelo crescimento pessoal e profissional. Por todas as horas de diversão e reprimendas. Amiga Cristiana, a minha fonte motivacional e de optimismo, obrigada por me ouvires e ajudares sempre. Amigas Rita, Joana, Inês e Teresa. Obrigada a todas pela amizade e pelas histórias que poderei contar e relembrar no futuro.

Às amigas de sempre, Catarina, Sandrina e Isabel que a vida vos traga sempre perto de mim.

Porque um fim pode ser sempre um começo.

A Deus.

Resumo

A comunicação não-verbal assume extrema importância no dia-a-dia do médico dentista. Através deste processo comunicativo, ocorre a troca de informação essencial entre o par relacional médico dentista - paciente no decorrer da consulta no *setting* terapêutico de Medicina Dentária. O conhecimento, a percepção e influência da comunicação não-verbal permitem que as partes envolvidas se compreendam e se guiem durante a relação.

As posturas, gestos, tom de voz, entoação, métrica e mímicas faciais são indicadores de estados emocionais da criança e do adulto, permitindo que o médico dentista identifique a ansiedade e medo expressos inconscientemente. Deste modo, adapta o seu discurso verbal e não-verbal, possibilitando que se estabeleça uma relação de confiança e empatia.

Este trabalho de revisão bibliográfica permite concluir que existe uma correlação significativa entre a comunicação não-verbal expressa entre médicos dentistas e pacientes, sendo notório que os profissionais enfatizam a sua percepção dos gestos emitidos pelas crianças e adultos.

Considera-se como benéfico para as boas práticas profissionais, a inserção na formação base do médico dentista, de disciplinas que transmitam conhecimentos de comunicação não-verbal, permitindo a aquisição de competências que estimulem a interpretação do comportamento, humanizando, assim, as consultas de Medicina Dentária.

Palavras-chave: comunicação não-verbal, medicina dentária, ansiedade, medo

Abstract

Non-verbal communication is extremely important throughout the day of a dentist. Through this communicative process an exchange of essential information occurs between the relational pair dentist - patient, during the appointment in the therapeutic setting. Knowledge, perception and the influence of non-verbal communication allow the parts involved to understand each other and be guided during the relationship.

The postures, gestures, voice tone, intonation, metric and facial mimes are indicators of emotional states of children and adults, allowing the dentist to identify anxiety and fear unconsciously expressed. Thus, the dentist adjusts his verbal and non-verbal speech, making it possible to establish a relationship of trust and empathy.

This literature review shows that there is a significant correlation between non-verbal communication expressed between dentists and patients, being known that the professionals emphasize their perception of gestures issued by children and adults.

It is considered as benefit to good professional practice the insertion, in the base formation of the dentist, of subjects that convey knowledge of non-verbal communication, allowing the acquisition of skills that stimulate the interpretation of behavior, humanizing, so the query Dentistry.

Keywords: non-verbal communication, dentistry, anxiety, fear

Índice

I.	INTRODUÇÃO	17
II.	DESENVOLVIMENTO	19
1.	Comunicação não-verbal no <i>setting</i> de Medicina Dentária.....	19
1.1.	Linguagem corporal	23
1.2.	Paralinguística	24
1.3.	O toque	25
1.4.	O contacto ocular	26
1.5.	Artefactos	27
1.6.	Cínésica	27
1.7.	Proxémica.....	29
1.8.	Cronémica	30
1.9.	Expressões faciais	30
1.10.	<i>Setting</i> terapêutico	34
2.	Ansiedade e medo no <i>setting</i> terapêutico de Medicina Dentária	35
2.1.	Empatia e dor	35
2.2.	Ansiedade dentária	39
2.3.	O medo	44
2.4.	Relação medo-ansiedade	45
3.	A relação comunicacional médico dentista – paciente.....	49
III.	CONCLUSÃO	53
IV.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo comunicacional de Jakobson	21
Figura 2 – As expressões faciais universais	31
Figura 3 – Expressão facial representativa do medo no <i>setting</i> odontopediátrico	46

Índice de Tabelas

Tabela 1 – O gesto e a sua interpretação	28
Tabela 2 - Factores associados à ansiedade dentária infantil, género, idade, inteligência emocional e ordem de nascimento.....	41
Tabela 3 - Factores associados à ansiedade dentária infantil, experiência prévia no dentista, dor de dentes e cárie.....	42
Tabela 4 - Factores associados à ansiedade dentária infantil, ansiedade dos pais e escolaridade da mãe.....	43

Lista de Abreviaturas

CNV - Comunicação não-verbal

CV - Comunicação verbal

QE - Coeficiente de inteligência emocional

I. INTRODUÇÃO

Define-se como comunicação não-verbal, toda a comunicação que não utiliza a oralidade ou escrita, existindo um extenso e variado conjunto de sinais não-verbais que podem ser utilizados. Podendo englobar, a expressão facial, os gestos, a dança, o teatro, a música, a mímica, o fluxo dos sentimentos e emoções (Harrison, 1973).

A comunicação verbal e não-verbal não são independentes ambas têm um papel de relevo na interação social (Knapp & Hall, 2009).

O método comunicativo estabelece um vínculo reforçado entre o profissional e o paciente, como se constata na Medicina Dentária. A forma de comunicar por parte do médico dentista influencia a atitude da criança ou do adulto na consulta de Medicina Dentária, tal como a compreensão dos actos de comunicação verbais e não-verbais emitidos pelos pacientes, ajudam a tomada de decisão do médico dentista.

A comunicação verbal foi amplamente estudada, pela sua variedade e significados. Mais recentemente atribuiu-se a importância devida à comunicação não-verbal, sendo um ramo de estudos em ascensão. A maior parte da comunicação entre seres humanos é claramente não-verbal, demonstrando um enorme contributo a análise de gestos, posturas, olhares e espaços ocupados.

A comunicação não-verbal acompanha o ser humano, desde o momento em que fala e até quando está em silêncio. O olhar, as roupas e acessórios, o tom de voz que utiliza revela-o de forma inconsciente, ao outro. Cada indivíduo comunica até quando acha que não o está a fazer (Albaladejo, 2008). A este propósito, Poyatos (2002) refere-se à tripla estrutura do discurso que engloba cinésica, proxémica e paralinguagem.

A sociedade não atribui, no entanto, a real importância da comunicação não-verbal e a sua relevância na comunicação. Pode-se compreender que a atribuição de relevância a este tipo de comunicação é mais comumente frequente nos indivíduos que não possuem a capacidade de se expressarem oralmente, como é o caso dos surdos-mudos (Corraze, 2001).

Os gestos são a primeira linguagem do Homem e os indivíduos compreendem e aprendem a linguagem por meio de sinais mais facilmente (Davis, 2009). O ser humano usa a linguagem não-verbal quando comunica, gesticula e mistura a linguagem verbal com a não-verbal e, inconscientemente, não percebe que comunica mais através dos gestos, expressões faciais, postura, comparativamente com as palavras. Frequentemente, a linguagem não-verbal contraria o que é dito e revela o que a comunicação verbal não expõe, facto que pode ocorrer através da entoação que damos às palavras ou pelas nossas expressões faciais, corporais ou gestos (Albaladejo, 2008).

A ansiedade e dor, tão frequentemente sentidas pelas crianças e adultos durante a consulta de Medicina Dentária, podem ser verificadas pela sua comunicação não-verbal. O médico dentista, se tiver os conhecimentos necessários para o seu reconhecimento e compreensão, pode adequar o seu discurso verbal e não-verbal, para fomentar a adesão à terapêutica, por parte dos pacientes, melhorando, assim, a empatia criada entre médico dentista-paciente.

Delimitou-se, à partida, uma problemática específica – a comunicação não-verbal no *setting* de consulta de Medicina Dentária – e, como factor associado, a ansiedade e medo, vivenciados entre os pacientes durante a consulta.

O objectivo desta revisão bibliográfica é contribuir para enfocar a relevância da comunicação não-verbal no estabelecimento da relação médico dentista- paciente. A interpretação deste tipo de comunicação pode desempenhar um contributo essencial para a gestão dos medos e anseios das crianças e adultos relativamente aos tratamentos dentários, ao médico dentista e todos os instrumentos e objectos assustadores, que fazem parte do mundo desconhecido e inesperado que é o *setting* de Medicina Dentária. A leitura da linguagem não-verbal evidencia, também, o papel da empatia, no contexto da relação médico dentista- paciente e como todos estes factores influenciam a motivação e a adesão terapêutica.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Comunicação não-verbal no *setting* de Medicina Dentária

A literatura científica actual revela a pertinência dos contributos da Psicologia da Saúde quando aplicados à Medicina Dentária, sendo um campo amplo à avaliação e manipulação do comportamento dos indivíduos, especialmente quando expostos a tratamentos dentários. Esta situação é percebida como ameaçadora ou aversiva. Nesse sentido, é de extrema relevância a aquisição de respostas ao medo e ansiedade manifestado pelas crianças e adultos na presença do médico dentista e às variáveis psicossociais que medeiam os processos de diagnóstico, tratamento e reabilitação em Medicina Dentária (Junior, 2013). Contudo, subsiste um aspeto crucial na díade médico dentista–paciente que não pode, nem deve, ser menosprezado, a comunicação não-verbal estabelecida no contexto desta relação.

A comunicação pode ser estabelecida tanto por meio verbal, como não-verbal. A comunicação verbal exterioriza o ser intersocial e a não-verbal o ser intrapsicológico, sendo a sua principal função a demonstração das vivências emocionais. A nível geral, atribuímos uma maior relevância à comunicação verbal expressa pela linguagem falada ou escrita; entretanto, o *homo sapiens* sempre comunicou mesmo que através de grunhidos e gesticulações. Birdwhistell (1985) considera que apenas 35% do significado social de qualquer interacção corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza. A comunicação não-verbal exerce, assim, um fascínio sobre a humanidade desde os seus primórdios, pois envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação da distância entre os indivíduos e, ainda, a organização dos objectos no espaço.

A comunicação não-verbal, inconsciente e não deliberada, carece ainda de estudos aprofundados, pois pode influenciar positiva ou negativamente o decorrer da consulta, no que diz respeito à cooperação por parte do paciente. A comunicação verbal pode ser definida como a expressão verbal dos procedimentos, já a comunicação não-verbal corresponde ao reforço e às orientações de comportamento pelo contacto, postura,

expressão facial e linguagem corporal adequados (Ferreira, Aragão & Colares, 2009). Como exemplo, podemos considerar o controlo da voz, por parte do médico dentista. O controlo da voz é entendido como o controlo da alteração do volume, tom e velocidade da voz para que se obtenha a atenção e cooperação do paciente. O reforço positivo é uma técnica usada, como a recepção calorosa e o elogio. Este procedimento inclui modulação da voz, expressão facial, frases verbais e demonstrações físicas dos elementos da equipa de Medicina Dentária (Ferreira et al., 2009).

O início do interesse pela comunicação não-verbal pode atribuir-se a Darwin (1872), através do seu estudo das expressões faciais e emoções, nos homens e animais. Contudo é na década de 50, nas Escolas de Palo Alto e Filadélfia, que esta área se desenvolve (Hess & Thibault, 2009).

Ninguém comunica sozinho. Para que a comunicação humana ocorra são necessárias duas condições principais, a primeira é a presença de dois sistemas: um emissor e um receptor e a segunda passa pela transmissão de mensagens. A comunicação interpessoal rege-se pela criação de relações sociais entre duas ou mais pessoas que participam num mesmo processo de interacção (Lanning, Brickhouse, Gunsolley, Ranson & Willett, 2011).

Jakobson (1960) formulou um modelo de comunicação verbal, utilizado actualmente, sendo necessária a existência de um emissor e de um destinatário. Para a mensagem ser efectiva, tem de ter presentes um contexto e um código que tem de ser entendido por ambos os intervenientes. Mas esta transmissão de mensagem só ocorre se existir contacto, ou seja, se o emissor e o destinatário estiverem ligados no mesmo meio físico ou psicológico (Jakobson, 1960). Este modelo, encontra-se representado na seguinte figura 1.

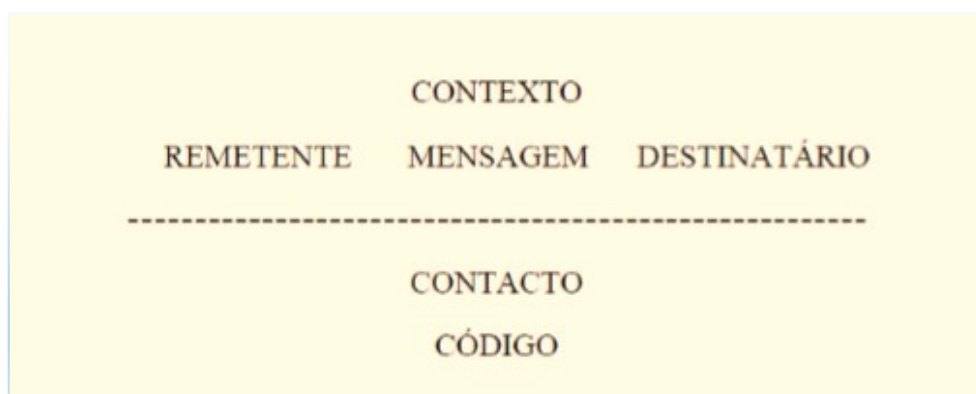


Figura 1 - Modelo Comunicacional de Jakobson. (Adaptado de: Jakobson, 1960)

A interacção é assim essencial para que o processo de comunicação se realize, pois é através dela que uma pessoa se interliga com outra. A interacção social, é sem dúvida fulcral para o homem enquanto ser social e cultural.

A literatura baseada nos estudos de comunicação humana são muito complexos, uma vez que é através da comunicação que se estabelecem todas as funções sociais e profissionais.

Actualmente afirma-se que a linguagem verbal não desempenha o papel primordial na interacção humana. Vários autores afirmam que 60% da comunicação que ocorre entre o ser humano não se baseia na linguagem verbalizada nem em nenhum dos seus derivados, como a escrita (Hall, 1984). Em relação à CV, estudos, referem que a compreensão da fala se deve principalmente às expressões do rosto (55%) e ao modo como as palavras são pronunciadas (38%), mais do que ao sentido real das palavras (7%) (Ribeiro, 2003).

As investigações permitiram concluir que a relevância das palavras na interacção humana é somente indirecta, demonstrando que as relações interpessoais são maioritariamente geridas por vias não-verbais.

Existem profissões em que os sinais não-verbais são extremamente importantes, como é o caso da Medicina Dentária, onde os profissionais comunicam com o corpo e

os movimentos corporais, contribuindo para aumentar a percepção das pessoas – pacientes.

Evidentemente, a comunicação, quer no seu âmago verbal e não-verbal, está presente no *setting* terapêutico de Medicina Dentária, transformando, relatando e denunciando conteúdos conscientes e inconscientes, por parte do par relacional médico dentista – paciente (Ramos & Bortagarai, 2011).

No que respeita a comunicação não-verbal, sabe-se que esta corresponde a 93% das possibilidades de expressão, num contexto de interacção social, e está representada em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como o tom da voz, os grunhidos, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro provocados por tensão e, em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro de seu contexto específico (Ramos & Bortagarai, 2011). Pode-se considerar que, “Respondemos aos gestos com extrema vivacidade e, quase se poderia dizer, segundo um código elaborado e secreto que não está escrito em parte alguma, não é conhecido por ninguém mas compreendido por todos” (Mesquita, 1997, p. 155).

A comunicação não-verbal permite a expressão de sentimentos, emoções, qualidades e, num determinado contexto, capacita o indivíduo para a compreensão das palavras, e dos sentimentos do interlocutor. Pode mesmo, negar ou substituir a comunicação verbal (Ramos & Bortagarai, 2011).

Para Ekman e Friesen (1969), o comportamento é comunicação, fazendo três distinções, comportamento não-verbal informativo (sem intencionalidade, nem partilha de um código), comportamento não-verbal comunicativo (transmite uma mensagem intencional) e comportamento não-verbal interactivo (tem por objectivo influenciar o comportamento do receptor).

A consciencialização da linguagem corporal pode ser a chave das relações pessoais, podendo mesmo ser o segredo escondido que permite que o ser humano “manipule” o outro. A consciência da linguagem corporal do outro e a sua interpretação permitem a criação da consciência da própria linguagem corporal, desencadeando um maior auto-

controle e o desenvolvimento de processos de comunicação mais eficazes (Ribeiro, 2003).

Se o indivíduo tiver consciência do que faz indeliberadamente com o seu corpo, a sua própria compreensão do “eu” será mais profunda. Com o conhecimento e controle da própria linguagem corporal, poderão ser eliminadas muitas barreiras defensivas e estabelecidas relações fortificadas.

1.1. Linguagem corporal

Na procura de uma definição para linguagem corporal esta pode ser caracterizada como a transmissão de uma mensagem através de gestos e posturas. Vários estudos que avaliam a linguagem corporal baseiam-se na identificação das emoções que se transmitem por meio do movimento, como a expressão facial, o movimento ocular, o movimento das mãos, pernas, pés. Através da sua análise podem-se descobrir alguns indicadores do estado de ânimo e intenções pessoais, características de personalidade, como por exemplo: segurança, timidez, violência, possessividade, entre outras (Ribeiro, 2003).

O verdadeiro valor da linguagem corporal baseia-se na interpretação de várias informações, de um todo, sendo composto pela comunicação através da linguagem oral, visual, corporal e da imaginação (Ribeiro, 2003).

Segundo Corraze (2001), existem três suportes para as manifestações não-verbais: o corpo, a apresentação do corpo e a relação do Homem com o espaço. Através da observação do corpo podem ser identificadas e analisadas as manifestações físicas, fisiológicas e movimentos, como são exemplo os gestos, a orientação do corpo, a postura, a mímica facial, o tom de voz, silêncios e elementos do sistema neurovegetativo, como o rubor, actividade visceral e sons abdominais em situações de stress, por exemplo (Corraze,2001).

Os artefactos associados ao corpo, como a identificação da roupa, tatuagens, marcas existentes devido a ritos de passagem, o carro ou a casa reflectem a apresentação do corpo e assumem papel identificador do estatuto e do papel que o indivíduo desempenha na sociedade. O espaço, sítio onde se encontra o corpo e a forma como nele se move, a área que envolve o corpo, que o separa ou junta a outros corpos são ainda outros elementos indiciadores do estatuto individual (Corraze,2001).

A humanidade mantém as suas expressões instintivas desde os primórdios, como: o sorriso, o riso, o olhar fixo, o rosto assustado e o semblante austero, que são característicos da espécie. Estes sinais persistiram ao longo dos tempos e em todas as culturas, mesmo com a incorporação de muitos outros gestos culturais (Ribeiro, 2003).

No entanto, alguns destes sinais, podem ser parte constituinte de um ritual, podendo desta forma apresentar uma função simbólica e relacional (Corraze, 2001).

As posturas e movimentos corporais têm várias funções como as adaptativas, expressivas, defensivas, podendo ser conscientes e inconscientes. Deste modo, a linguagem corporal pode ser de origem inata, manifestada por instinto, apreendida, devido a ensinamentos ou por imitação. É devido a estes factores que devemos ter sempre em consideração os aspectos culturais durante a análise da comunicação entre pessoas (Ribeiro, 2003).

Os códigos não-verbais, tal como a literatura demonstra, intervêm de forma crucial no processo comunicativo, através de sinais vocálicos, da aparência física, da cinésica, da proxémica, do contacto físico ou toque, da cronémica, dos artefactos e até do contacto visual (Birdwhistell, 1985).

1.2. Paralinguística

O que é dito tem tanto significado como a maneira através da qual o fazemos. Deste modo, aspectos como a altura, o timbre, o ritmo, o controlo, a articulação, a intensidade, a extensão e a variedade melódica são de extrema importância para a regulação discursiva do processo comunicativo e da relação estabelecida. O orador ao emitir estes signos paralinguísticos, as hesitações e até os erros, por exemplo, retrata o seu estatuto, o seu estado emocional e a sua relação com o ouvinte (Lambrecht, 2001).

Os sinais sonoros inatos do ser humano são diferentes dos signos verbais, pois aparecem espontaneamente e têm o mesmo significado em todas as culturas. São exemplos o grito, o soluço, o riso, o clamor, o gemido e o pranto, transmitindo a mesma mensagem em todas as sociedades. Tal como noutras espécies, estes sinais inatos estão relacionados com emoções fundamentais (Ribeiro, 2003).

Nakane (2007) atribui ao silêncio, ou melhor dizendo aos silêncios, um valor essencial, sendo esta importância manifestada durante a relação médico dentista – paciente, quando o médico se mantém em silêncio enquanto ouve atentamente o paciente. Depois de o questionar deve dar tempo para que o paciente se explique, podendo também enfatizar a importância de uma pergunta ou comportamento relatado.

Outro aspecto de comunicação não-verbal a ter em em atenção é que o controlo que o médico dentista tem sobre a sua voz e mímica facial é escasso e por isso é que deve saber e conhecer as emoções que sente para que possa transmitir emoções positivas aos pacientes (Fiorante & Marinho, 2009).

1.3. O toque

O médico dentista deve ter consciência que os cuidados por si prestados têm o dever de ser individualizados e humanizados.

Os contactos corporais, julgados como socialmente aceites, são ritualizados. Existem rituais de cumprimento (vénia, aperto de mão, abraço, beijo), dependentes do grau de proximidade psicológica ou social dos interlocutores. Os profissionais que cuidam do corpo só podem tocar no limite do necessário (McNeill, Duncan, Cassell & Levy, 2007).

Outro aspecto de enorme relevância para a relação médico dentista- paciente é o toque que é essencial para o desenvolvimento do sentido psicológico de segurança e bem-estar da criança (Hertenstein & Weiss, 2011).

O toque demonstra ligação interpessoal, e permite intensificar outras mensagens, como a persuasão (Hertenstein & Weiss, 2011; Knapp & Hall, 2009).

Existem diferentes formas de toque que assumem significados diferentes consoante a sua localização, a quantidade de pressão exercida, a duração, a frequência com que é feito e a parte do corpo usada. Existem três tipos de toque: não íntimo (entre amigos, parentes ou por uma pessoa estranha ou conhecida), o toque não sexual (com esposo/a, ou amigo/a) e o toque sexual (Poyatos, 2002).

O contacto corporal difere igualmente entre culturas, assim como as normas que o regem, e enquanto em algumas culturas o toque é reprimido, noutras, é incentivado (Hall, 1969).

O médico dentista utiliza o toque não íntimo, mas até este pode ser considerado como demasiado invasivo e intimidatório, consoante as características pessoais do paciente.

1.4. O contacto ocular

Outro aspecto de CNV a ter em consideração durante a relação interpessoal é o olhar, que é de suma importância. Este pode até, ser estudado separadamente da expressão facial, pois por si só expressa uma enorme quantidade de emoções e sentimentos. A quantidade de movimentos que podemos efectuar com os olhos é muito limitada se o compararmos com o número ilimitado de expressões faciais. Estudos nesta área da comunicação não-verbal permitem-nos esclarecer inúmeras informações que podem ser entendidas pelo estudo do olhar. A projecção do olhar, o tempo de duração do olhar são aspectos a considerar durante a relação médico dentista – paciente. Olhar o paciente é crucial, pois a redução do olhar diminui a credibilidade do emissor. As pessoas que gostam mais do outro interlocutor têm tendência para prolongar o contacto ocular, ao contrário de quem sente antipatia pelo outro (Krueger, 2008).

O contacto visual é claramente uma forma directa de comunicação. O ângulo visual permite analisar o olhar, a postura e a distância. Sabe-se assim que, os interlocutores, que se encontram ao mesmo nível, encontram-se a 0º entre si (ao nível do olhar) e que o aumento deste ângulo indica o domínio de um interlocutor sobre o outro, como por exemplo, o olhar “de cima para baixo” (Nierenberg & Calero, 2001).

O médico dentista pode e deve desempenhar sempre um papel activo na sua compreensão e leitura dos sinais não-verbais.

A comunicação não-verbal tem um enorme significado funcional, tendo em conta que os sinais não-verbais são os factores preponderantes no contexto interpessoal.

A literatura comprova que os sentimentos e emoções são expostos de forma mais fiel. Assim, parece mais difícil dissimular a verdade através da comunicação não-verbal do que através da comunicação verbal, uma vez que os sinais não-verbais não são controlados conscientemente por um período de tempo tão longo como a comunicação verbal. Com efeito, a comunicação verbal vem, muitas vezes, composta de redundâncias, ambiguidades, repetições e abstracções, tornando o processo comunicativo menos eficaz (Mehrabian, 2007).

1.5. Artefactos

Outra categoria, se assim se puder tratar, a ter em consideração é a aparência física, que sintetiza as características corporais e as peças ornamentais, tomando como exemplos, o vestuário, acessórios e maquilhagem (Argyle, 2007).

O que usamos reflecte o que somos, como nos sentimos e como queremos que os outros nos vejam: idade, sexo, nacionalidade, relação com o sexo oposto, o status socioeconómico, a identificação com um grupo específico, a profissão, o humor, as atitudes, os interesses e os valores (Knapp & Hall, 2009).

1.6. Cinésica

Também a cinésica, que se define pelo conjunto de gestos e movimentos corporais, executados consciente e inconscientemente interferem na comunicação (Poyatos, 2002).

Birdwhistell (1985) categorizou as regiões corporais com movimento capazes de passarem uma mensagem: a cabeça, o rosto, o pescoço, o tronco, o ombro, o braço, o pulso, a mão, a articulação da anca – perna, o pé, ombros, lábios, sobrancelhas, entre outros.

Estudos em Neurologia comprovaram que indivíduos cujos danos cerebrais impediam a fala e o discurso apresentavam conjuntamente dificuldades no uso do gesto. Deste facto conclui-se que a linguagem é indissociável do gesto e da actividade corporal (Csepregi, 2006; Dipper, Cocks, Rowe, & Morgan, 2011). Infere-se, também que os gestos surgem antes do discurso no momento da interacção (McCafferty & Stam, 2008; McNeill, Duncan, Cassell, & Levy, 2007; Poyatos 2002). Na tabela seguinte, podem ser analisados alguns gestos efectuados pelos indivíduos e a sua respectiva interpretação.

Tabela 1– O gesto e a sua interpretação.(Adaptado de: Davis,1987)

Gesto	Interpretação
Aperto forte de mãos	Querer demonstrar domínio
Aperto fraco de mãos	Insegurança ou medo
Rigidez no corpo	Rigidez na personalidade ou dificuldade em mostrar emoções
Ombros inclinados para a frente	Peso emocional
Inclinar a cabeça ao escutar	Atenção
Braços em barreira: Diante do corpo Nas costas	Calma ou reserva Medo ou insegurança
Balançar-se diante de um grupo	Ansiedade ou insegurança
Sobrancelhas erguidas	Arrogância ou incredulidade
Gestos amplos com os braços	Segurança em si mesmo ou generosidade
Lábios: Fechados em tensão Apertados Morder	Decisão, agressão ou concentração Nervosismo, reflexão ou hesitação
Deslocação da cabeça para a frente	Agressão

Como destaque, apresenta-se o sistema de classificações de Ekman e Friesen (1969), que identificam cinco categorias de gestos: os simbólicos ou emblemáticos, os ilustradores, os reguladores da interacção, os adaptadores, e os que exprimem estados emocionais.

Os gestos emblemáticos são sinais do corpo, consistindo numa palavra com significado definido e conhecido pela sociedade (Kendon, 2004). Estes signos são adquiridos culturalmente, tomando como exemplos os movimentos de cabeça que exprimem o sim e o não, quando executados de forma consciente (Knapp & Hall, 2009).

Os gestos reguladores são inconscientes, com a função de manutenção da conversação, demonstrando o interesse pelo que está a ser dito, ou a falta dele. Acenos de cabeça, ou as mudanças de postura, são disso exemplos (Argyle, 2007).

Os gestos adaptadores não são intencionais. Permitem a obtenção de informações sobre o estado psicológico do indivíduo, aprendidos na infância e habituais no adulto (Ekman & Friesen, 1969). Corraze (2001) estabelece dois tipos de referências: a

orientação de um elemento do corpo em relação a outro, ou ao restante desse mesmo corpo e a orientação do corpo ou das suas partes em relação a outros corpos.

Coulson (2004) identificou quatro posturas elementares, da cabeça e do tronco: atitude de aproximação, na qual o corpo está inclinado para diante; atitude de rejeição em que o corpo se afasta do outro; atitude de expansão onde a cabeça, o tronco e os ombros se encontram estendidos; e atitude de contracção, na qual a cabeça fica curvada sobre o tronco e os ombros caídos.

A postura permite-nos conhecer e comunicar as intenções de aproximação, acolhimento, desafio, rejeição ou ameaça durante a relação que é estabelecida entre os dois interlocutores (Mehrabian, 2007; Knapp & Hall, 2009).

1.7. Proxémica

A proxémica pode ser definida como a percepção, utilização e estruturação do espaço como comunicação (Hall, 1968). Permite-se então a diferenciação de três tipos de espaço: com características fixas (as paredes e as salas), com características semi-fixas (peças de mobiliário) e o espaço informal (território pessoal do indivíduo) (Hall, 1969).

O espaço que delimita um indivíduo do outro está dependente do estatuto, cultura e tipo de mensagem (Rapoport, 1982). Hall (1968) apresenta a existência de quatro distâncias: íntima, pessoal, social e pública, com base, na sua etiologia. Na distância íntima, até 40 cm de distância entre indivíduos, ocorre uma visão alterada, detectando-se a respiração, o calor e o odor do sujeito. A voz é usada em murmúrio. Na distância pessoal, até 1,25m (braços esticados), a voz é usada com o tom moderado. Na distância social, concentram-se num espaço até 3,60m. Esta distância pode ocorrer pela imposição de um objecto, como uma mesa. O contacto visual é de extrema importância. Considera-se distância pública, se esta for superior a 3,60m, pressupondo, nesta situação, a utilização de um tom de voz mais alto. Neste contexto ocorre a impossibilidade do contacto directo entre as pessoas (Hall, 1968).

Tanto o ruído ambiente, como a iluminação do local interferem na percepção das distâncias, facto que está dependente da cultura do indivíduo, como das próprias características individuais do interlocutor (Hall, 1984).

É de enorme importância o conhecimento e compreensão por parte do médico dentista destas distâncias e o modo como o influenciam no seu processo comunicativo, por via não-verbal, tendo uma extrema atenção que a sua área de trabalho interfere

maioritariamente, num modo proximal (15cm). É deste modo uma área geradora de desconforto por parte do paciente, fundamentalmente pode ser interpretada como uma invasão e por isso o médico dentista tem de ter extrema sensibilidade para efectuar o seu trabalho comodamente. Este facto adquire maior responsabilidade quando se trata de um paciente ainda criança, pois esta invasão de espaço por um estranho, pode ser encarada, percebida como muito desconfortável para a criança, podendo interferir positiva ou negativamente no decorrer de uma consulta no *setting* terapêutico de Medicina Dentária. A empatia e o conhecimento destes factores de comunicação não-verbal são muito relevantes para uma consulta de Medicina Dentária eficiente, cooperante, calma e percebida como uma experiência positiva por parte das crianças e dos adultos.

1.8. Cronémica

A cronémica consiste no uso e definição de tempo, de determinada pessoa, na sociedade em que habita (Burgoon & Saine, 1978).

Pode-se dividir o tempo em duas categorias: o tempo formal e o tempo informal. O tempo formal é quantificável em unidades de tempo, nomeadamente, de segundos a anos. O tempo informal é subjectivo, sendo percebido através de juízos de valor (Hall, 1984; Knapp & Hall, 2009). Deste modo, ocorre a gestão de tempo em que a interacção ocorre, originando o controlo da fala e silêncios, facto que confere poder ao indivíduo que durante a comunicação domina estes padrões.

1.9. Expressões faciais

Em consideração, no processo comunicativo estão as expressões faciais inatas representativas de estados emocionais simples. Os investigadores, desde 1940, destacam a surpresa, o medo, a cólera, o desgosto, a felicidade, e a tristeza - como expressões capazes de demonstrar a personalidade (Knapp & Hall, 2009).

Entretanto, há uma polémica entre os investigadores de expressões faciais sobre a existência ou não de gestos universais (Davis, 2009). Os estudos de Ekman e Friesen (1969), que comparam culturas, defendem a existência de gestos que podem ser descritos como universais. O seu estudo realizado com crianças portadoras de cegueira congénita, permitiu concluir que as crianças adoptam expressões típicas de raiva, medo,

tristeza, alegria, mesmo sem poder imitar quem as rodeia. Contudo, esse mesmo autor sugere que os gestos são compreendidos de diversas formas nas diferentes culturas. Só existe um gesto semelhante em qualquer parte do mundo - o sorriso, muito embora essa semelhança não deva ser entendida como uma expressão que definitivamente exprime prazer ou alegria, uma vez que seu significado difere de cultura para cultura e, ainda, conforme o contexto da situação, pode significar surpresa, prazer, desaprovação, ironia, superioridade, desprezo, agressividade, maldade (Ekman & Friesen, 1969). Na seguinte figura (figura 2), estão representadas as expressões faciais universais, representativas das emoções básicas, identificadas por Ekman e Friesen (1969), alegria, surpresa, medo, raiva, aversão e tristeza.



Figura 2- As expressões faciais universais.(Adaptado de: Dalglish & Power, 1999)

Outro estudo realizado por Ekman (1969), efectuado através da observação de estudantes de enfermagem consiste em solicitar que, após assistirem a um filme com cenas desagradáveis, descrevessem-nas como se fossem agradáveis. O objectivo baseava-se na identificação de quais os sinais do rosto e/ou movimento do corpo indicavam que o estudante mentia. Os resultados demonstraram que é possível fingir

uma expressão alegre, zangada ou triste, porém, a dificuldade está em fazer esta expressão aparecer rapidamente, mantê-la ou mesmo escondê-la (Ekman & Friesen, 1969). Permitindo concluir, que existem microexpressões faciais, que duram segundos ou milésimas de segundo e são reveladoras da verdade, que conscientemente se pretende esconder.

Para compreender o processo de comunicação não-verbal é necessário muito mais do que apenas a linguagem do corpo. Há que se considerar o tom da voz, o espaço utilizado pelo homem, o toque e os factores do meio ambiente, tendo em consideração que todos eles estão inseridos num determinado contexto. O significado atribuído vai depender de todos estes elementos inter-relacionados (Corraze, 2001).

Os médicos dentistas, são profissionais em constante interacção com outras pessoas, devemos assim, estar conscientes das diferentes crenças, valores e culturas que são pedra basilar destas relações e entender a influência que sofremos e exercemos, mutuamente, através da linguagem corporal. Esta situação ocorre, tanto na consulta com adultos, mas ainda mais nas consultas de odontopediatria. O conhecimento da comunicação não-verbal pode favorecer a percepção dos médicos dentistas perante os sentimentos, emoções, dúvidas e dificuldades não verbalizadas pela criança durante a consulta. Além disso, potencializa a habilidade de comunicação deste profissional, uma vez que todo ser humano precisa aprender a lidar consigo mesmo e com os outros. Esta consciência é fundamental, primordialmente porque é dever do médico dentista entender as posturas, emoções e sentimentos da criança durante a consulta de odontopediatria e transmitir confiança, calma, permitindo e facilitando a sua função motivadora de mudanças de comportamentos nos aspectos de saúde oral.

É evidente que o ser humano de forma consciente e durante as circunstâncias normais, apresenta muito pouco domínio da sua comunicação não-verbal (Corraze, 2001). Como exemplo podemos tomar, o sorriso. O acto de sorrir transmite alegria, boa disposição e facilita o contacto entre indivíduos. É um sinal de comunicação universal e tal como o choro e a alimentação, o sorriso é um instrumento que permite a inserção no mundo (Freitas-Magalhães & Castro, 2007). A criança sorri desde muito cedo, sem saber ainda que isso lhe trará recompensas, pois fá-lo de forma involuntária (Damásio, 1994). De acordo com as afirmações de alguns autores, acredita-se que o sorriso é

genético e não cultural, a sua existência advém dos primatas permitindo o apaziguamento e reconciliação. Segundo Freitas-Magalhães e Castro (2007) “a sua função inicial, há milhares de anos, era a de se mostrar receptivo ao diálogo, apaziguando o possível agressor, e foi assumindo ao longo das décadas uma função mais afectuosa, contribuindo para o reforço da interacção humana” (p.63). Com o evoluir dos tempos, o contexto em que é utilizado foi crescendo e em algumas situações passou a ser voluntário e intencional, assumindo uma função social. O sorriso contribui decisivamente para o desenvolvimento afectivo e cognitivo do indivíduo (Freitas-Magalhães & Castro, 2007).

É função do médico dentista estar atento ao decorrer da consulta, ao comportamento da criança e do adulto, sendo para isso fundamental a compreensão da comunicação não-verbal evidenciada pelos mesmos. Deve, também ser possuidor do conhecimento necessário para adaptar o seu comportamento não-verbal perante o paciente de forma eficaz. De modo a ter uma consulta tranquila, rápida e eficiente.

Sabe-se que a ansiedade é um fenómeno bastante presente na consulta de Medicina Dentária envolvendo variáveis como: o medo do desconhecido, nomeadamente no âmbito das consultas de primeira vez, ou quando são necessários novos tratamentos. A antecipação da dor, que está essencialmente relacionada com experiências anteriores negativas e o medo da separação materna, parece ser principalmente relevante em crianças em idade pré-escolar reflectindo a sua interacção psíquica, ao nível da cooperação da criança na consulta (Freitas-Oliveira, Moraes & Cardoso, 2012). Por isso, o sucesso do tratamento parece estar intimamente relacionado com a capacidade do médico dentista para lidar com as questões emocionais do paciente (Freitas-Oliveira, et al., 2012).

No que diz respeito a níveis de ansiedade considerados normais, o médico dentista conseguirá contornar a situação através de palavras tranquilizadoras (CV) e do toque terapêutico (CNV) revelando apoio e confiança (Giglio, Guedes-Pinto, Miranda & Echeverria, 2010). Esta atitude confirma e enaltece o lado humanista do tratamento, porque revela atenção aos pequenos sinais que possam demonstrar que o paciente está ansioso. Este facto é de relevar no tratamento de crianças, pois deve ser reconhecido que uma criança colaborante pode estar ansiosa e a importância que um simples toque e uma conversa calma e esclarecedora podem ter, não apenas naquela sessão de tratamento,

mas ao nível da adesão terapêutica geral originam consequências benéficas para que de futuro a criança encare favoravelmente a ida ao médico dentista.

A investigação de Dias (2013), foi um contributo para a avaliação dos sinais de comunicação não-verbais que emergem na relação que se estabelece entre médicos dentistas - crianças no decorrer de uma consulta de odontopediatria, bem como as manifestações psicofisiológicas de medo e da ansiedade, e outros sinais ao nível da comunicação não-verbal, tais como: tom de voz e olhar, manifestados quer pelas crianças, quer pelo médico dentista.

Os resultados obtidos denunciam uma notória “harmonia empírica” ao nível dos sinais de comunicação não-verbais manifestos, tanto por médico dentista como pelas crianças, particularmente nas categorias “tom de voz” e “olhar”. Assim, parece ter ficado demonstrado que ocorre uma adaptação inconsciente ao nível dos sinais não-verbais transmitidos por ambas as partes do par relacional médico dentista- criança, influenciando positiva ou negativamente os sentimentos de segurança e cooperação por parte da criança, no decorrer da consulta de odontopediatria.

1.10. *Setting* terapêutico

As paredes ou objectos, a intensidade da luz, a cor, a temperatura e o barulho regulam e influenciam a relação estabelecida. Deste modo verifica-se que a comunicação não-verbal é interpretada consoante o contexto em que ocorre (Pfeiffer, 1998).

A interacção entre médico dentista e paciente tem um papel particular, pois no consultório não são realizados apenas tratamentos mas também ocorre uma transferência de medos, dúvidas e expectativas, que merecem um lugar nesta relação (Lanning, Brickhouse, Gunsolley, Ranson & Willet, 2011).

A CNV apresenta diversas funções no comportamento humano: é um meio de expressão das emoções; expõe atitudes sobre a imagem de si próprio e do seu corpo; apoia e complementa a comunicação verbal. Adquirindo as funções de substituição da comunicação verbal em situações que não permitem o uso da linguagem falada (Bitti & Zani, 1997).

A comunicação verbal é por vezes limitada, no entanto a linguagem corporal é mais reveladora do que a fala, uma vez que não é totalmente consciente e pode ser analisada como a representação mais fiel daquilo que é pensado e sentido (Silvestre, 2010).

A comunicação não-verbal influencia de forma permanente qualquer tipo de interacção humana, não sendo por isso a relação médico dentista – paciente uma excepção. Aquela permite que o médico dentista reconheça a sua importância e se enriqueça com o estudo pormenorizado deste tipo de sinais não-verbais. Este profissional tem em consideração que a consulta de Medicina Dentária é muitas vezes, mais difícil que uma consulta comum, pois o médico dentista tem que lidar com a ansiedade, dor e medo do desconhecido que os pacientes apresentam, e que os torna menos cooperantes.

Considera-se que a ansiedade se baseia numa resposta a uma situação de ameaça que não se conhece, é uma reacção a uma situação não imediata, que causa momentos de apreensão, desconforto e expectativas no paciente (Marques, Grandvohl & Maia, 2010).

As diferenças individuais na forma como os indivíduos julgam as expressões faciais tem sido um dos marcos de investigação nesta área. Neste trabalho pretende-se rever a relação entre a forma como os indivíduos julgam as expressões faciais e corporais de dor, e o facto de serem empáticos, ou mais ou menos ansiosos. Por motivos diferentes, podem ser estes conceitos de potencial influência na forma como observamos, compreendemos e julgamos o que o outro está a sentir ou a experienciar. Segue-se então a revisão da literatura referente à ansiedade dentária, medo e empatia.

2. Ansiedade e medo no *setting* terapêutico de Medicina Dentária

2.1. Empatia e dor

A ansiedade e a empatia determinam a relação estabelecida entre os pares relacionais, sendo de enorme relevância na atitude demonstrada e na comunicação estabelecida entre o médico dentista e o paciente em Medicina Dentária. Tal facto, verifica-se pela atitude cooperante ou vigilante demonstrada pelo paciente no decorrer da consulta.

A compreensão, percepção das experiências vividas, pensadas e sentidas pelo outro indivíduo, com o qual se estabelece a relação, surgem associadas ao conceito de empatia (Nakao & Itakura, 2008).

Tomando como ideia primordial que a dor admite vários aspectos e qualidades emocionais inerentes a cada indivíduo, pode definir-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com o risco, real ou potencial, de existir dano em qualquer tecido para o paciente (International Association for the Study of Pain, 2016).

As manifestações de dor podem ser evidenciadas pela comunicação verbal auto-relato verbal ou não-verbal como vocalizações paralinguísticas, reflexos automáticos, o gesticular, a postura, ou as expressões faciais (Craig & Patrick, 1985).

É de salientar, que o ser humano não precisa de sentir a dor física do outro para a perceber e ajudá-lo no que precise (Jackson, Brunet, Meltzoff, & Decety, 2006). A empatia pode ser caracterizada como a tendência do indivíduo para imitar o que vêem nos outros, como se fossem os próprios – sendo considerado um acto passivo, reflexo que demonstra a capacidade activa da compreensão do outro (Gerdes, Lietz & Segal, 2011).

Na Grécia Antiga, no século 18 a. C. já existia a noção do conceito de empatia.

Diferentes perspectivas identificaram duas componentes distintas da empatia: uma componente afectiva ou emocional e uma componente cognitiva, de tomada da perspectiva do outro (Gerdes, Lietz & Segal, 2011). A empatia define-se como uma resposta afectiva, uma reacção emocional do observador ao estado emocional de outro indivíduo (Nakao & Itakura, 2008).

Vários investigadores partilham a noção de que a empatia integra, pelo menos, três aspectos principais, sendo eles: o sentir aquilo que outra pessoa está a sentir – dimensão afectiva; o saber aquilo que a outra pessoa está a sentir – dimensão cognitiva; e o responder àquilo que a outra pessoa experiencia – dimensão comportamental (Decety & Jackson, 2006).

Foi construído um modelo de empatia em que se pressupõe, a existência de um alvo, aquele que é observado, e de outros quatro componentes: os antecedentes; os processos;

as consequências intrapessoais; e as consequências interpessoais (Limpó, Alves & Castro, 2010). A primeira componente, ou seja os antecedentes representam as características do observador ou da situação (Limpó et al., 2010). Por sua vez, os processos, segunda componente, são descritos como os mecanismos através dos quais se desenvolve a resposta empática, podendo estes ser de tipo não cognitivos, por exemplo, a mímica motora, cognitivos simples, por exemplo, condicionamento clássico ou cognitivos avançados, por exemplo, a tomada de perspectiva (Limpó et al., 2010). Seguidas das consequências intrapessoais que se referem às respostas que têm lugar no observador aquando da exposição ao alvo, podendo variar entre respostas de tipo cognitivo, por exemplo, interpretações de tipo afectivo ou de tipo motivacional (Limpó et al., 2010). Finalmente, as consequências interpessoais simbolizam as respostas comportamentais que o observador dirige à pessoa observada, o seu comportamento de ajuda (Limpó et al., 2010). A relação entre estas quatro componentes baseia-se num processo em cascata, cada uma é influenciada pela sua antecedente e influencia aquela que se lhe sucede (Limpó et al., 2010).

A imagiologia neurocientífica do cérebro e a neurociência social cognitiva permitem perceber e clarificar como se processa a empatia a um nível neuroanatômico, mas também social e interpessoal (Gerdes, Lietz, & Segal, 2011). A arquitectura neuronal, permite que os indivíduos compreendam os estados emocionais expressos pelos outros, através da produção desses mesmos estados neles próprios, tendo cada indivíduo a própria capacidade para monitorizar e regular cognitivamente e emocionalmente aquilo que essa arquitectura neuronal permite que façamos quase de forma involuntária (Gerdes, Lietz, & Segal, 2011).

Para o correcto julgamento da experiência de dor no outro, tendo em conta a intensidade, o tipo ou a localização da dor, pode analisar-se as expressões faciais, os movimentos corporais ou determinados factores situacionais, inerentes à comunicação não-verbal (Ochsner, Zaki, Hanelin, Ludlow, Knierim & Ramachandran, 2008). Vários estudos cujo principal objectivo era examinar a relação entre a capacidade empática, através de instrumentos de auto-relato, e a capacidade de reconhecimento de expressões faciais, demonstraram resultados positivos (Besel & Yuille, 2010).

As expressões faciais demonstrativas de determinadas emoções, bem como a experiência emocional de dor, são descritas como um dos principais mecanismos da

empatia, servindo-lhe de base para julgamentos mais precisos acerca da experiência daquele que observamos ou imaginamos, potenciando a nossa relação e interação com o mesmo (Besel & Yuille, 2010). A partir destas premissas, surge então a questão que avalia a influência que um maior ou menor acto empático pode ter na interpretação das expressões faciais de dor. Isto é, até onde a empatia pode ser vista como uma variável condicionante da interpretação das expressões faciais relativas à experiência de dor no outro (Besel & Yuille, 2010).

As investigações propõem, como motivo para a relação entre a ansiedade e a percepção de dor, o facto de que a ansiedade pode intensificar o modo como o indivíduo percebe a dor. Pois influencia o processamento cognitivo da informação (Moix, Kovacs, Martin, Plana & Royuela, 2011).

Alguns autores verificam que a percepção da experiência dolorosa pode ser influenciada pelos estados emocionais dos quais a ansiedade é um exemplo. Através da indução de ansiedade e de dor em estudos experimentais verificou-se que, de facto, a ansiedade tem um papel intensificador da experiência de dor, uma vez que influencia o processamento cognitivo da informação nociceptiva, aumentando ainda a sensibilidade à experiência dolorosa e diminuindo a tolerância à mesma. Esta variável condiciona a percepção da experiência de dor. Isto é, os indivíduos com elevados níveis de ansiedade tendem a perceber a experiência de dor como sendo mais intensa (Moix et al., 2011). Os principais recursos cognitivos utilizados pelos indivíduos com elevados níveis de ansiedade: levam a uma tendência para catastrofizar e antecipar os acontecimentos (Moix et al., 2011), porque são percebidos como imprevisíveis, incontroláveis e ameaçadores.

Por outro lado, existem também investigações que apontam no sentido de que a ansiedade pode ter o efeito oposto. Ou seja, têm por base a hipótese de que a ansiedade pode ser uma variável determinante no aumento da tolerância à dor, aumentando os denominados de limites superiores das avaliações da dor e diminuindo a sensibilidade à mesma (Moix et al., 2011). Tendo em conta outra proposta empírica, a ansiedade parece funcionar apenas como um estímulo que dirige a atenção do indivíduo para a experiência de dor, sendo a atenção o factor efectivo de influência na forma como aquele percebe a dor (Moix et al., 2011).

Tal como anteriormente descrito, vários são os estudos que se debruçam acerca de como a ansiedade influencia a percepção de dor no próprio, sendo poucos os que se debruçam sobre a compreensão de como esta influencia a percepção de dor em terceiros, e uma percentagem menor ainda é a dos que utilizam a expressão facial como estímulo.

2.2. Ansiedade dentária

Outro aspecto que é de relevar na consulta de Medicina Dentária que interfere na cooperação do paciente é a ansiedade. Considerando-se como um estado emocional desagradável, composta por aspectos fisiológicos e comportamentais (Lemgruber, 1993).

Seguindo um modelo de personalidade, que se baseia em duas dimensões, o neuroticismo e a introversão, considera-se que a ansiedade se relaciona com a introversão, estando os indivíduos introvertidos, mais susceptíveis à ansiedade (McRorie, Sneddon, Sevin, Bevacqua, & Pelachaud, 2009).

Clark e Beck (2010) definiram, ansiedade como um sistema cognitivo, afectivo, fisiológico e comportamental, que se inicia com antecipação de eventos futuros, considerados aversivos pelo indivíduo, pois são tidos como incontrolláveis, podendo colocá-lo em riscos vitais.

Quando a ansiedade está latente, permite antever a dor, sendo esta uma das principais funções atribuídas a este estado emocional e que permite compreender esta relação entre ansiedade e dor (Kennedy, Moore, Peterson, Katzman, Vermani & Charmak, 2011).

Vários autores relatam que indivíduos ansiosos tendem a adoptar uma postura hipervigilante, o que os capacita de recursos para detectar mais facilmente o perigo no ambiente que os rodeia, o que, de forma cíclica, determina o aumento da sua ansiedade (Clark & Beck, 2010).

Alguns estudos verificam que os indivíduos com altos níveis de ansiedade social reagem evitando as faces que emitem emoção. Outros estudos apontam no sentido de que, pelo contrário, os indivíduos que apresentam elevados níveis de ansiedade estão mais vigilantes às expressões que a face do outro comporta, ao invés de as evitar (Marques et al., 2010).

Relativamente à ansiedade dentária infantil esta tem vindo a ser estudada, tendo em conta três factores principais: em que a criança passa por uma experiência odontopediátrica negativa, aprende com experiências pessoais negativas ou adquire visões estereotipadas, possivelmente assustadoras sobre a Medicina Dentária de senso comum que são transmitidas para as crianças através da família ou colegas ou perante os traços de personalidade que integram os indivíduos que são inata e genericamente nervosos ou ansiosos e, como consequência, têm uma maior predisposição para desenvolver ansiedade dentária (Soares, Lima, Barreto & Colares, 2015).

Nas tabelas seguintes (tabela 2, 3 e 4) são apresentados de forma esquemática alguns estudos e as suas conclusões relativamente à problemática da ansiedade dentária infantil. Infere-se que relativamente a questões de género, as raparigas são mais ansiosas que os rapazes. Quando comparadas diversas faixas etárias, é evidente que as crianças mais velhas têm tendência a perder ou diminuir a ansiedade dentária. O coeficiente de inteligência emocional, é inversamente proporcional à ansiedade. Os filhos primogénitos são mais ansiosos. Relativamente à frequência das consultas de Medicina Dentária as crianças que habitualmente visitam o médico dentista são menos ansiosas, que aquelas que nunca o visitaram. As experiências negativas no *setting* odontopediátrico, aumentam a ansiedade em experiências futuras, tal como a dor de dentes. O que contribui manifestamente para que crianças mais ansiosas, tenham mais cáries dentárias. Também o contágio emocional vindo dos pais influencia a ansiedade perante a o médico dentista, pais mais ansiosos transmitem mais ansiedade às crianças, assim como o aumento do nível de instrução materno, diminui a ansiedade dentária infantil (Soares et al., 2015).

Tabela 2 - Factores associados à ansiedade dentária infantil, género, idade, inteligência emocional e ordem de nascimento. (Adaptado de: Soares et al., 2015)

Factores Associados	Autores, Ano	N (crianças)	Faixa etária (anos)	Local (país)	Amostra	Resultados
Género	Crego et al., 2013	185	8 a 18	Espanha	Aleatória Simples	p> 0,05
	Suprabhaet et al., 2011	125	7 a 14	Índia	Conveniência	
	Nicolas et al., 2010	1303	5 a 11	França	Aleatória, Randomizada	
	Tickle et al., 2009	799	9	Inglaterra	Aleatória, Randomizada	p<0.05* raparigas são mais ansiosas que os rapazes
Idade	Olak et al., 2013	344	9 a 11	Estónia	Aleatória, Randomizada	p<0.05* Idade é inversamente proporcional à ansiedade
	Suprabha et al., 2011	125	7 a 14	Índia	Conveniência	
	Lee et al., 2008	247	2 a 10	Taiwan	Conveniência	
	Crego et al., 2013	185	8 a 18	Espanha	Aleatória Simples	p> 0,05
	Aminabadi et al., 2011	107	7 a 12	Irão	Conveniência	
Inteligência Emocional	Aminabadi et al., 2011	107	7 a 12	Irão	Conveniência	p<0.05* O QE é inversamente proporcional à ansiedade
Ordem de Nascimento	Lee et al., 2008	247	2 a 10	Taiwan	Conveniência	p<0.05* Filhos primogénitos são mais ansiosos
	Aminabadi et al., 2011	200	5 a 7	Irão	Randomizada, controlada	

*Estatisticamente significativo

Tabela 3 - Factores associados à ansiedade dentária infantil, experiência prévia no dentista, dor de dentes e cárie. (Adaptado de: Soares et al., 2015)

Factores Associados	Autores, Ano	N (crianças)	Faixa etária (anos)	Local (país)	Amostra	Resultados
Experiência prévia no dentista	Crego et al., 2013	185	8 a 18	Espanha	Aleatória simples	p>0,05
	Suprabha et al., 2011	125	7 a 14	Índia	Conveniência	p<0,05* Crianças que já visitaram o dentista são menos ansiosas que crianças que nunca o visitaram
	Nicolas et al., 2010	1303	5 a 11	França	Aleatória, Randomizada	
	Freitas-Oliveira; Colares, 2009	2735	1,5 a 4,5	Brasil	Conveniência	
	Lee et al., 2008	247	2 a 10	Taiwan	Conveniência	p<0,05* Crianças com experiências negativas são mais ansiosas, que crianças que não as passaram
	Rantavuori et al., 2008	864	6 a 12	Finlândia	Randomizada	
Histórico de dor de dentes	Colares et al., 2013	970	5 a 12	Brasil	Conveniência	p<0,05* Crianças que já tiveram dor de dentes são mais ansiosas
	Ramo – Jorge et al., 2013	167	8 a 11	Brasil		
	Freitas-Oliveira; Colares, 2009	2735	1,5 a 4,5	Brasil		
	Lee et al., 2008	247	2 a 10	Taiwan		
Trauma tismo dentário	Bakarcic et al., 2007	147	5 a 12	Croácia	Aleatória, Randomizada	p>0,05
Cárie	Olak et al., 2013	344	9 a 11	Estónia	Aleatória, Randomizada	p<0,05* A presença de cárie é directamente proporcional à ansiedade
	Nicolas et al., 2010	1303	5 a 11	França		

*estatisticamente significativo

Tabela 4 -Factores associados à ansiedade dentária infantil, ansiedade dos pais e escolaridade da mãe.(Adaptado de: Soares et al., 2015)

Factores Associados	Autores, Ano	N (crianças)	Faixa etária (anos)	Local (país)	Amostra	Resultados
Ansiedade dos pais	Crego et al., 2013	185	8 a 18	Espanha	Aleatória simples	<p>$p < 0,05^*$</p> <p>Crianças com pais ansiosos são mais ansiosas</p>
	Colares et al., 2013	970	5 a 12	Brasil	Conveniência	
	Olak et al., 2013	344	9 a 11	Estónia	Aleatória, Randomizada	
	Tickle et al., 2009	799	9	Inglaterra	Aleatória, Randomizada	
	Lee et al., 2008	247	2 a 10	Taiwan	Conveniência	
Escolaridade da mãe	Colares et al., 2013	970	5 a 12	Brasil	Conveniência	<p>$p < 0,05^*$</p> <p>A escolaridade da mãe é inversamente proporcional à ansiedade</p>

*estatisticamente significativa

O uso de estratégias em odontopediatria de controlo de comportamentos não colaborantes durante o tratamento contribui de forma significativa para a fomentação do medo do dentista nos consultórios (Possobon, Carrascoza, de Moraes, & Jræ, 2007). Assim, para que o médico dentista possa introduzir estratégias minimizadoras de stress, normalmente gerado pelo tratamento médico-dentário e pelo ambiente de consultório, é de suma importância a aprendizagem da identificação de comportamentos que indicam ansiedade, permitindo que seja estabelecida uma adequada relação com a criança.

2.3. O medo

Outro aspecto a ter em conta é a presença do medo que é uma emoção básica, uma resposta súbita a um perigo iminente, preparando o indivíduo para resolver a situação vigente (Lopes, Ponciano, Pereira, Medeiros & Kleinknecht, 2004).

O medo pode ser classificado como objectivo directo, por exemplo, tomemos quando a experiência anterior negativa ocorreu na consulta de Medicina Dentária; medo objectivo indirecto quando advém de experiências negativas com origem em meios similares aos de Medicina Dentária; e o medo subjectivo que pode ocorrer devido a relatos de experiências negativas, por parte dos pais, amigos (Marques et al., 2010). O medo subjectivo relaciona-se com a aprendizagem empática. Contudo, tanto o medo objectivo directo como o indirecto podem constituir factores preponderantes para o desenvolvimento de ansiedade médico-dentária (Giglio et al., 2010).

Analisando esta perspectiva, percebe-se que indivíduos com experiências negativas de Medicina Dentária acentuadas apresentam níveis mais altos de ansiedade, promovendo estas experiências, a criação de uma associação entre a consulta, a dor e o sofrimento (Possobon et al., 2007).

Tanto o medo como a ansiedade, em Medicina Dentária, são adquiridos e têm origem em três factores: novidade, insegurança e expectativa (Cunha, Corrêa & Alvarez, 2007). Tendo em conta a ansiedade infantil e parental, o comportamento da criança nos procedimentos anteriores e a experiência de dor dentária parecem influenciar de forma veemente o comportamento da criança na consulta de odontopediatria (Cunha, Corrêa & Alvarez, 2007).

O contágio emocional, por pais ou cuidadores, também é preponderante para o controlo comportamental da criança durante a consulta de Medicina Dentária. Tendo em atenção que os estudos indicam que pais ansiosos e temerosos identificam a ansiedade e medo nos filhos, porém não são capazes de reconhecer o contágio emocional pai-filho como uma causa crucial. Relativamente ao medo, estudos indicam que crianças com baixa manifestação de medo no decorrer da consulta de odontopediatria, fazem-no devido à empatia do médico dentista (comunicação verbal e não-verbal), seguida da

orientação adequada dos pais, e por fim à ausência de experiências anteriores dolorosas e à personalidade da criança (Berge, Veerkamp, Hoogstraten & Prins, 2001).

Existem estudos que concluem que os pais das crianças com mais medo, foram indivíduos que experienciaram negativamente uma consulta de Medicina Dentária, comparativamente com os pais das crianças com menos temor (Berge et al., 2001).

Considerando todos estes intervenientes (ansiedade, dor, medo) que influenciam o decorrer da consulta de Medicina Dentária, e a relação estabelecida entre médico dentista e paciente é de denotar o valor atribuído à empatia, pois permite que o médico dentista detecte estes estados que podem ser prejudiciais e se adapte. A comunicação não-verbal assume relevância neste momento, de modo que através destes sinais o médico pode perceber e avaliar o tipo de paciente que tem à sua frente, e também pode agir, transmitindo calma e confiança com os seus gestos, posturas, expressões faciais.

Este é o poder da empatia que requer uma inter-relação dinâmica entre o “eu” (autoconsciência) e o “outro” (consciência do outro). De salientar que a autoconsciência e a consciência do outro desenvolvem-se na idade pré-escolar e contemplam um papel fulcral de regulação das emoções e na flexibilidade cognitiva futura (Decety & Jackson, 2006).

2.4. Relação medo-ansiedade

O medo e a ansiedade dentária são problemas manifestados maioritariamente durante a primeira infância (Marques, Grandvohl & Maia, 2010). Cerca de 60% dos casos em que é vivenciada uma experiência dentária negativa ocorrem durante a adolescência, sendo que destes 22,4% apresentam forte probabilidade de transmitirem futuramente a sua má experiência a terceiros, que não a conhecem, pois nunca a vivenciaram (Reis, Dias & Leal, 2008).

A literatura refere que as crianças entre os 3 e os 6 anos de idade apresentam 11,8 vezes maior probabilidade de manifestar ansiedade na consulta de Medicina Dentária, comparando com as crianças com 7 ou mais anos de idade. Este facto pode ocorrer, devido a uma maior capacidade de controlar o medo que se desenvolve, com o aumentar da idade. As crianças mais novas tendem a apresentar maior medo daquilo que desconhecem, e ainda de serem abandonadas (Freitas, Moraes & Cardoso, 2012).

As manifestações de ansiedade e do medo nas crianças são evidenciadas por reacções como o choro, taquicardia, tremores, sudorese, tonturas, diarreias, irritabilidade e recusar de ser tratada (Marques, Grandvohl & Maia, 2010).

A seguinte imagem (figura 3), pretende elucidar uma das expressões faciais que demonstram medo e a renúncia ao tratamento dentário, pela criança. Através da recusa da abertura da boca, o olhar de soslaio para os instrumentos dentários, a postura reprimida dos braços, acompanhada do afastamento do rosto e pescoço.



Figura 3– Expressão facial representativa do medo no *setting* odontopediátrico.(Adaptado de: <http://dentopolis.blogspot.pt/2015/09/medo-de-dentista-os-responsaveis-por.html> [Consultado a 8 de Outubro de 2016])

Assim, a relação entre ansiedade e medo na consulta de Medicina Dentária está dependente da imagem criada e percebida pelo paciente, do médico dentista, do *setting* terapêutico e das experiências vividas ou ouvidas por terceiros. Portanto, é de enorme relevância divulgar uma imagem positiva por parte do médico dentista, com o objectivo de diminuir a ansiedade manifestada por crianças, adolescentes e adultos (Bottan, Silveira, Odebrecht, Araújo & Farias, 2010).

Segundo o estudo, que avaliou 697 crianças entre os 10 e os 16 anos de idade, concluiu que as características pessoais do médico dentista (62,1%) são mais importantes que as características profissionais (37,9%). Esta situação denota a importância do estabelecimento de uma relação empática entre o médico dentista e o paciente (Bottan et al., 2010).

No que se refere à percepção dos médicos dentistas em relação a estados de medo e ansiedade, estudos demonstram que o profissional de Medicina Dentária tende na sua maioria a considerar o paciente como mais temeroso, que os restantes observadores. Na mesma medida em que atribuem a cooperação do paciente durante os tratamentos aos seus níveis de ansiedade, por exemplo, um paciente bastante cooperante, mas que esteja tenso, é avaliado como pouco temeroso, não recebendo ajuda na minimização da sua ansiedade (Possobon et al., 2007).

A comunicação estabelecida entre médico dentista – paciente é determinante para o sucesso da relação e da adesão terapêutica, para isso o médico dentista deve tomar especial cuidado com a comunicação verbal e com a comunicação não-verbal, tanto da sua parte como a evidenciada por parte do paciente, como expressões da face, mãos relaxadas ou presas à cadeira, batimentos cardíacos, choro, ou seja, a qualquer tipo de sinal de ansiedade que influencia a relação se não for colmatada e ajudada (Corrêa et al., 2010). Assim, é de suma importância que o médico dentista se expresse com naturalidade, com sorrisos, diga aquilo que sente e se interesse pelo paciente.

Sabe-se que a comunicação não-verbal é muitas vezes inconsciente, podendo o médico dentista transmitir sinais que influenciam de forma negativa o paciente. Porém, os sinais não-verbais são considerados, em certas circunstâncias, intensificadores sociais, como exemplo tomemos o sorriso e aceno empático do médico dentista, que facilita que os pacientes exteriorizem e tranquilizem (Marques et al., 2010).

O profissional descontraído e com bom humor e simpatia facilita o tratamento, em contrapartida, o médico dentista que falar num tom de voz agressivo, que apresente ruídos na comunicação, que fale muito rápido ou muito devagar, só terão a ganhar se aprenderem a controlar os seus sinais não-verbais, melhorando, assim, a sua satisfação pessoal e profissional, assim como a experiência de Medicina Dentária vivida pelo paciente.

Fica demonstrado que é fundamental para uma boa prática médica que o profissional reconheça a importância dos conhecimentos de Psicologia, com o objectivo de compreender as necessidades afectivo-emocionais dos seus pacientes. Tal facto, permite-lhe uma resposta efectiva às reacções físicas e psicológicas dos pacientes, para a implementação de uma boa comunicação (Marques et al., 2010; Possobon et al., 2007).

Todos estes conhecimentos profissionais contribuem para que o paciente adquira a confiança necessária, o que lhe permitirá o seguimento dos tratamentos, com perspectiva de manutenção da saúde oral (Corrêa et al., 2010).

Ao longo da formação académica do médico dentista, é de enorme relevância dar a conhecer os fenómenos de medo, ansiedade, de modo a que possam aprender estratégias que minimizem estes factores desencadeados durante a consulta de Medicina Dentária. Ao reconhecer e controlar a sua ansiedade, por meios verbais e não-verbais, contribuindo para que a Medicina Dentária se transforme, passando de tecnicista a humanística. A Medicina Dentária humanística enaltece o paciente como um todo, com características pessoais específicas, e este aspecto é crucial para a boa comunicação e o sucesso do tratamento médico-dentário (Possobon et al., 2007). Se não existir esta preocupação médica de minimizar estes comportamentos relacionados com o medo e ansiedade, através da comunicação efectuada (verbal e não-verbal), incorre-se no risco de aumentar os efeitos negativos das experiências, influenciando a saúde oral da criança e do adulto (Possobon et al., 2007).

Pode afirmar-se que esta situação pode tornar-se um círculo vicioso e implicar uma má experiência de Medicina Dentária que pode culminar numa débil saúde oral. Os estudos comprovam que a má experiência dentária aumenta a ansiedade relativa a este tipo de consulta, e que indivíduos com estas experiências e comportamento têm um estado de saúde oral pior que os demais indivíduos (Possobon et al., 2007).

A educação para a saúde oral, visitas regulares ao médico dentista, uma comunicação eficaz com os pais/encarregados de educação e uma boa relação médico dentista - paciente são os factores primordiais para o controlo da ansiedade dentária e manutenção de uma excelente saúde oral (Dikshit, Limbu & Bhattarai, 2013).

É, por tudo o acima referido, de extrema importância o estudo e compreensão da comunicação não-verbal no decorrer da consulta de Medicina Dentária, pois permite um maior controlo e gestão de comportamentos, tanto do médico dentista, como do paciente, o que conduzirá a um sucesso do tratamento e aumentará a adesão terapêutica e a uma felicidade mútua entre o profissional e o paciente. A relação estabelecida empaticamente será promotora de boas experiências e, consequentemente, geradora de cuidados que facilitarão a manutenção de uma boa saúde oral.

3. A relação comunicacional médico dentista – paciente

A capacidade inata do médico dentista em gerir o comportamento do paciente é relevante e extremamente importante numa consulta de Medicina Dentária, mas a aquisição de conhecimentos de Psicologia e de técnicas que permitam o manuseamento do comportamento são indispensáveis e permitem o estabelecimento de uma relação médico dentista – paciente melhorada (Ramos & Paiva, 2010).

A literatura refere a existência de uma ligação das experiências ocorridas na infância em relação à Medicina Dentária e a futura atitude individual, perante a saúde oral e sua relação com o médico dentista. A maioria dos adultos que apresentam fobia nas consultas de Medicina Dentária, passou por uma experiência traumática no decorrer de tratamentos dentários durante a infância (Ramos & Paiva, 2010).

Os domínios da Psicologia aplicados à Medicina Dentária permitem que a relação médico dentista – paciente seja otimizada. Possibilita um diagnóstico global que envolve sintomas somáticos e psicológicos, que precisam de correlação e avaliação. O médico dentista deve permitir o desenvolvimento psicológico saudável do paciente, tentando interpretar e conhecer o paciente na sua totalidade, com conhecimento do seu ambiente social e familiar (Ferreira et al., 2009). Assim a Medicina Dentária, exercida será certamente mais humanizada.

Os alicerces deste relacionamento não se baseiam estritamente no procedimento técnico, é fundamental o conhecimento do paciente, reconhecendo-o como um indivíduo único. A abordagem do paciente, desta forma, ocorre através da utilização de técnicas adequadas à idade, género, nível sócio-económico, estado de saúde geral e oral, assim como factores familiares (Ferreira et al, 2009).

O comportamento do paciente diante do tratamento médico-dentário depende, em grande parte, da sua maturidade psicológica (Ramos & Paiva, 2010).

É oportuno lembrar que a avaliação do potencial cooperativo do paciente deve fazer parte do plano de tratamento dentário. Aspectos como a idade, o nível cognitivo, características da personalidade, presença de medo e/ou ansiedade, experiência prévia nas consultas de Medicina Dentária e a ansiedade dos pais ou responsáveis devem ser observados e avaliados, pois influenciam na reacção do paciente (Ferreira et al., 2009).

As técnicas de comunicação verbal, comunicação não-verbal e distração podem ser utilizadas amplamente na Medicina Dentária, não possuindo contra-indicações. Muitas vezes, falhas no processo de comunicação da equipa médica, devido a cuidados meramente tecnicistas geram intranquilidade e medo no paciente, dificultando o atendimento médico-dentário (Ferreira et al, 2009).

O profissional deve agir de forma consistente, ainda que sem rigidez e respeitar o paciente, sem depreciar os seus medos e limitações. Nunca deve estabelecer comparações que o levem a um sentimento de inferioridade e deve sempre demonstrar compreensão e satisfação em tê-lo perante os seus cuidados (Ramos & Paiva, 2010).

Em estudos realizados com profissionais da saúde, verifica-se que estes consideram importante o conhecimento da comunicação não-verbal, porque sem tal percepção emocional, os problemas do dia-a-dia e a rotina podem fazer com que os profissionais toquem sem sentir, olhem sem ver e escutem sem ouvir (Ramos & Bortagarai, 2011). Entre os aspectos relevantes para esta análise, encontram-se o uso do espaço, o movimento nesse espaço e a utilização do toque (Ramos & Bortagarai, 2011).

Muitos programas de melhoramento das capacidades comunicacionais foram implementados nas universidades de Medicina Dentária; no entanto, baseiam-se maioritariamente nos conhecimentos teóricos pelo que deveriam no futuro privilegiar uma aprendizagem interactiva, em que se aprende ao ver o outro (Lanning et al., 2011).

A atenção e primazia dada à comunicação não-verbal pode ser extremamente vantajosa para a relação médico dentista – paciente, podendo gerar maior satisfação por parte dos pacientes.

A ansiedade presente no indivíduo, tem de ser gerida pelo médico dentista, pois caso não aconteça esta é manifesta e frequentemente uma elevada barreira comunicacional entre o médico dentista e paciente (Possobon et al., 2007). Tal situação dá origem a comportamentos não colaborantes, que são a principal problemática das crianças em idade pré-escolar que se deslocam à consultade Medicina Dentária (Possobon et al., 2007). Este facto ocorre possivelmente nesta faixa etária, devido a ser nesta idade que se dá o primeiro contacto como médico dentista e com o *setting* terapêutico, surgindo o medo do desconhecido e aumentando consequentemente, a ansiedade.

Todas estas envolventes (medo, dor e ansiedade) devem ser percebidas pelo médico dentista de forma empática e, deste modo, através dos conhecimentos conscientes e inconscientes de comunicação verbal e, principalmente comunicação não-verbal, perceber, gerir e transmitir segurança e conforto, de modo a que o paciente se sinta confiante no *setting* terapêutico de Medicina Dentária, permitindo a sua colaboração e o decorrer de uma consulta empática, facultando uma experiência positiva.

Os indivíduos são muito sensíveis à comunicação não-verbal do médico dentista. Ao longo da relação que estabelecem com o médico dentista no *setting* terapêutico de Medicina Dentária, os pacientes tentam descobrir pistas que possam estar envolvidas na comunicação do médico dentista, tanto na linguagem verbal, como através da linguagem não-verbal (gestos, posturas, expressões faciais). Deste modo, o paciente tenta prever os reais sentimentos do médico dentista por eles, qual a gravidade da sua doença e tratamento (Possobon et al., 2007).

No presente, a comunicação não-verbal deve merecer relevância, através de estudos e investigações que permitam o entendimento, a compreensão, a percepção dos sinais não-verbais enviados pelo paciente e como o profissional, neste caso, o médico dentista, os pode utilizar no seu dia-a-dia, de modo a facilitar o seu trabalho, permitindo uma melhor relação com o paciente. Comparando com a comunicação verbal, ainda há um longo trabalho a realizar nesta área.

Depois do que foi referido algumas questões tornam-se relevantes.

Devemos efectuar o toque terapêutico? Actos que influenciam positiva ou negativamente o decorrer da consulta e a relação médico dentista - paciente, e que podem ser melhor estudados e interpretados, permitindo-nos chegar a conclusões favoráveis a um melhor desempenho profissional.

A cooperação e satisfação do paciente com o seu tratamento estão relacionadas com as capacidades não-verbais do médico dentista.

O conhecimento das estratégias de comunicação não-verbal, pelo médico dentista, permite reforçar a informação transmitida, estabelecendo um clima empático, facilitador do trabalho e colaboração dos pacientes. Elas são, também, um meio de comunicação facilitador da linguagem técnica, muitas vezes utilizada pelo médico dentista e de difícil

compreensão pelo paciente, permitindo que este os entenda através de gestos, por exemplo.

Quando superado o medo inicial da primeira experiência de Medicina Dentária, o paciente adquire um vínculo com o médico dentista que o tratou (Freitas-Oliveira et al., 2012).

O vínculo na relação médico dentista - paciente dá aquele a responsabilibdade, em conjunto com o paciente, do sucesso da relação. O vínculo admite a existência de emissor, receptor, podendo ser bicorporal (médico dentista – paciente) ou tripessoal (médico dentista – criança – pais), mas depende sempre das vinculações experienciadas no passado, pelas partes envolvidas (Marchioni, 2009). Reside no médico dentista parte da responsabilidade pelo sucesso da interacção (Marchioni, 2009).

III. CONCLUSÃO

O investimento ao nível do conhecimento científico sobre a problemática da influência da comunicação não-verbal na relação estabelecida entre médico dentista e paciente durante uma consulta no *setting* terapêutico de Medicina Dentária pode melhorar manifestamente o prognóstico comportamental e a trajectória terapêutica.

A comunicação não-verbal, inconsciente e inerente ao complexo acto de comunicar, transmite estados emocionais, tais como o medo e ansiedade, frequentemente encontrados nas consultas de Medicina Dentária, devido à incógnita, que surge no imaginário do paciente, relativo ao tratamento dentário a efectuar. É evidente que o profissional deve estar atento e ter o conhecimento necessário para adequar o seu discurso verbal e comportamento não-verbal, para que se estabeleça uma relação de empatia e confiança mútuas.

Neste âmbito, a avaliação da comunicação não-verbal, tanto em pacientes adultos como em crianças, deve ser realizada logo nas primeiras consultas com os pacientes e no decorrer das seguintes, para que o médico dentista possa adaptar e optar, na qualidade de profissional de saúde, por estratégias que beneficiem o decorrer da consulta de Medicina Dentária. Esta situação permite detectar e melhorar a interacção entre o par relacional, produzindo efeitos benéficos, na qualidade do profissional de saúde, pois permite uma maior motivação do paciente para o tratamento, promovendo a saúde oral e, consequentemente a saúde geral do indivíduo.

Denota-se que os médicos dentistas têm de forma inata a capacidade de detectar, perceber e enfatizar os estados emocionais de ansiedade, medo e dor nos seus pacientes, no decorrer das consultas. Estão atentos, pois existe uma enorme prevalência de gestos e sinais faciais, posturais que o denunciam, tanto em crianças como em adultos. Sendo estes gestos e sinais mais evidentes nas crianças.

De modo a diminuir os factores que contribuem negativamente para a consulta de Medicina Dentária, é de relevar que os médicos dentistas tenham conhecimento que permita a adequação da entoação, métrica e tom dos seus discursos, como também dos gestos, mímicas faciais e toque, que são influenciadores do comportamento e adesão terapêutica dos pacientes.

Neste contexto, seria interessante a implementação de disciplinas Biopsicossociais no plano curricular do curso de Medicina Dentária, com especial enfoque no ensinamento da interpretação e aprendizagem de linguagem não-verbal. O objectivo é que o futuro profissional de saúde adquira competências que serão fundamentais no decorrer da sua prática clínica, pois estas humanizam, complementam e facilitam o seu trabalho, tanto com crianças, como com adultos.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albaladejo, M. (2008). La comunicación no verbal en el aula. *Padres y Maestros*, 314, 9-13.
- Argyle, M. (2007). *Social Interaction*. 2ª edição. New Jersey: Transaction Publishers.
- Berge ten, M., Veerkamp, J. S., Hoogstraten, J., & Prins, P. J. (2001). Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. *ASCS Journal of Dentistry for Children*, 68, 51–54.
- Besel, L. D., & Yuille, J. C. (2010). Individual differences in empathy: The role of facial expression recognition. *Personality and Individual Differences*, 49, 107–112.
- Birdwhistell, R. L. (1985). *Kinesics and context: Essays on body motion communication*. University of Pennsylvania press.
- Bitti, P. E. R., & Zani, B. (1997). *A Comunicação como Processo Social* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Bottan, E. R., Silveira, E. G., Odebrecht, C. M. D. L. R., de Araújo, S. M., & de Farias, M. M. A. G. (2010). Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do «Dentista Ideal»: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 51(1), 19–23.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Nova Iorque: The Guilford Press
- Corraze, J. (2001). *Les Communications non-verbales* (6ªed.). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Corrêa, M. S. N. P., Guedes-Pinto, A. C., & Echeverria, S. (2010). Influências familiares e conselhos aos pais. Em A. C. Guedes-Guedes-Pinto (Ed.), *Odontopediatria* (8a ed., pp. 161– 166). São Paulo: Santos.
- Coulson, M. (2004). Attributing Emotion to Static Body Postures: Recognition Accuracy, Confusions, and Viewpoint Dependence. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28(2), 117- 139.
- Csepregi, G. (2006). *The Clever Body*. Calgary: University of Calgary Press.

- Cunha, W. A., Corrêa, M. S. N. P., & Alvarez, J. A. (2007). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 9–11.
- Dalgleish, T., & Power, M. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Damásio, A. (1994) *O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. 24ª Edição. Publicações Europa-América, Lda.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. New York: D. Appleton and Company.
- Davis, F. (2009) *El lenguaje de los gestos*.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current directions in psychological science*, 15, 54-60.
- Dias, M. R. F. M. (2013). Comunicação não-verbal no setting da consulta em odontopediatria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*
- Dikshit, P., Limbu, S., & Bhattarai, K. (2013). Evaluation of Dental Anxiety in Parents Accompanying their Children for Dental Treatment. *Orthodontic Journal of Nepal*, 3(1), 47–52.
- Dipper, L., Cocks, N., Rowe, M., & Morgan, G. (2011). What can co-speech gestures in aphasia tell us about the relationship between language and gesture? *Gesture*, 11(2), 123-147.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1969). Nonverbal Leakage and Clues to Deception. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 32(1), 88-106.
- Ferreira, J. M. S., Aragão, A. K. R., & Colares, V. (2009). Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr*, 9(2).
- Fioravante, D. P., & Marinho-Casanova, M. L. (2009). Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação em Psicologia* (Qualis/CAPES: A2), 13(1).
- Freitas-Oliveira, M. D., Moraes, M. V. M. D., & Cardoso, D. D. (2012). Avaliação da ansiedade infantil prévia ao Tratamento odontológico. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 18(1), 31–37.

- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa
- Gerdes, K. E., Lietz, C. A., & Segal, E. A. (2011). Measuring Empathy in the 21st Century: Development of an Empathy Index Rooted in Social Cognitive Neuroscience and Social Justice. *Social Work Research*, 35 (2), 83-93.
- Giglio, E. M., Guedes-Pinto, A. C., Miranda, I. M. A. D., & Echeverria, S. (2010). Princípios da psicologia e sua relação com a odontopediatria. *Em A. C. Guedes-Guedes-Pinto (Ed.), Odontopediatria* (8a ed., pp. 145–147). São Paulo: Santos.
- Hall, E. T. (1968). *Proxemics*. *Current Anthropology*, 9(2-3), 83-108.
- Hall, E. T. (1969). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday.
- Hall, E. T. (1984). *Le Langage Silencieux*. Paris: Édition Seuil.
- Harrison, R. (1973). *Nonverbal Communication*. Chicago: Rand Mc Nally.
- Hertenstein, M. J., & Weiss, S. J. (2011). *The Handbook of Touch: Neuroscience, Behavioral, and Health Perspectives*. New York: Springer Publishing Company.
- Hess, U., & Thibault, P. (2009). Darwin and Emotion Expression. *American Psychological Association*, 64 (2), 120–128. Doi:10.1037/a0013386
- IASP (2016) International Association for the study of pain Disponível em <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> [consultado em 18 de outubro de 2016]
- Jakobson, R. (1960). *Style in Language*. New York: Wiley.
- Junior, Á. L. C. (2013). Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2(2), 46-53.
- Kendon, A. (2004). *Gesture: Visible Action As Utterance*. Cambridge: Cambridge
- Kennedy, C. E., Moore, P., Peterson, R. A., Katzman, M. A., Vermani, M., & Charmak, W. D. (2011). What makes people anxious about pain? How personality and perception combine to determine pain anxiety responses in clinical and non-clinical populations. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 179-200.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2009). *Nonverbal Communication in Human Interaction* (7ª ed.). Boston: Cengage Learning.
- Krueger, J. (2008). *Nonverbal Communication*. Norderstedt: GRIN Verlag.

- Lambrecht, K. (2001). A Framework for the Analysis of Cleft Constructions. *Linguistics*, 39(3), 463-516.
- Lanning, S. K., Brickhouse, T. H., Gunsolley, J. C., Ranson, S. L., & Willett, R. M. (2011). Communication skills instruction: an analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. *Patient Educ Couns*, 83(2), 145-151.
- Lemgruber, V. (1993). Da neurose de ansiedade ao distúrbio de ansiedade generalizada. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 42 (2), 111-115
- Limpo, T., Alves, R. A., & Castro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2) 171-184.
- Lopes, P. N., Ponciano, E., Pereira, A., Medeiros, J. A., & Kleinknecht, R. A. (2004). Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 45(3), 133–146.
- Marchioni, S. A. E. (2009). A formação do vínculo no atendimento odontológico. *Psicologia e Odontologia - Uma abordagem integradora*.
- Marques, K. B. G., Grandvohl, M. P. B., & Maia, M. C. G. (2010). Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *RBPS*, 23(4), 358– 367
- McCafferty, S. G., & Stam, G. (2008). *Gesture: Second Language Acquisition and Classroom Research*. New York: Taylor & Francis.
- McNeill, D., Duncan, S. D., Cassell, J., & Levy, E. T. (2007). *Gesture and the Dynamic Dimension of Language: Essays in Honor of David McNeill*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- McRorie, M., Sneddon, I., Sevin, E., Bevacqua, E., & Pelachaud, C. (2009). A Model of Personality and Emotional Traits. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, 27–33.
- Mehrabian, A. (2007). *NonVerbal Communication*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Mesquita, R. M. (1997). Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Revista Paulista de Educação Física*. São Paulo, 11(2), 155-163.

- Moix, J., Kovacs, F. M., Martin, A., Plana, M. N., & Royuela, A. (2011). Catastrophizing, state anxiety, Anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account: A study of chronic low back pain patients treated in spanish pain units. *Pain Medicine*, 12, 1008-1017.
- Nakane, I. (2007). *Silence in Intercultural Communication: Perceptions and Performance* (Vol. 166). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Nakao, H., & Itakura, S. (2008). An Integrated View of Empathy: Psychology, Philosophy, and Neuroscience. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 43, 42-52. Doi:10.1007/s12124-008-9066-7
- Nierenberg, G. I., & Calero, H. H. (2001). *How to read a person like a book*. California: Barnes & Noble Digital.
- Ochsner, K. N., Zaki, J., Hanelin, J., Ludlow, D. H., Knierim, K., & Ramachandran, T. (2008). Your pain or mine? Common and distinct neural systems supporting the perception of pain in self and other. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3 (2), 144–160. Doi:0.1093/scan/nsn006
- Pfeiffer, J. W. (1998). *Conditions that Hinder Effective Communication* (Vol. 6). San Francisco: Jossey-Bass.
- Possobon, F.R., Carrascoza, K. C., de Moraes, A. B. A., & Jræ, Á. L. C. (2007). O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em estudo*, 12(3), 609-616.
- Poyatos, F. (2002). *Nonverbal Communications Across Disciplines: Paralanguage, kinesics, silence, personal and environmental interaction* (Vol. 2). Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Preston, S. D., & Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25, 1-72.
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 164-70.
- Ramos-Jorge, M. L., & Paiva, S. M. (2010). Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê*, 6(29).
- Reis, F., Dias, M. R., & Leal, I. (2008). A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjetiva do medo. *Análise Psicológica*, 2(XXVI), 239–250

Ribeiro, A. (2003) *O corpo que somos aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias

Silvestre, C. (2010). Linguagem verbal e não-verbal: contributos para uma gramática visual. *Cadernos PAR*, 3, 82-96.

Soares, F. C., Lima, D. S. M. D., Barreto, K. A., & Colares, V. (2015). A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 373-385.